

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

ANNÉE 1925

THÈSE

N° 3

POUR

LE DOCTORAT VÉTÉRINAIRE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1926

Par **Robert FAUCHEUX**

Né le 3 septembre 1901 à Pernay (Indre-et-Loire)

L'ŒSOPHAGISME
EN
MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

JURY { *Président* : M. MARCEL LABBÉ, Professeur à la Faculté de Médecine.
 { *Assesseurs* { M. MOUSSU { Professeurs à l'École Nationale Vétérinaire
 { M. BOURDELLE { d'Alfort.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23,

1926

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

3

POUR

LE DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1926

Par **Robert FAUCHEUX**

Né le 3 septembre 1901 à Pernay (Indre-et-Loire)

L'ŒSOPHAGISME

EN

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

JURY { *Président* : M. MARCEL LABBÉ, Professeur à la Faculté de Médecine.
 { *Assesseurs* { M. MOUSSU { Professeurs à l'École Nationale Vétérinaire
 { M. BOURDELLE { d'Alfort.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23,

1926

CORPS ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE D'ALFORT

Directeurs honoraires : MM. P.-J. CADIOT et H. VALLÉE

Directeur : Professeur E. NICOLAS

Professeurs honoraires : MM. G. BARRIER, Inspecteur général honoraire
des Écoles vétérinaires, P.-J. CADIOT, A. RAILLIET, H. VALLEE

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie descriptive des mammifères domestiques.	BOURDELLE
Physiologie, thérapeutique générale, matière médicale. . . .	MAIGNON
Physique et chimie médicales, toxicologie, pharmacie	NICOLAS
Parasitologie et maladies parasitaires, clinique ; histoire naturelle médicale.	HENRY
Pathologie médicale des équidés et des carnassiers, clinique ; sémiologie et propédeutique ; jurisprudence.	ROBIN
Pathologie chirurgicale des équidés et des carnassiers, clinique ; anatomie chirurgicale, médecine opératoire et ferrure. . . .	COQUOT
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire, clinique ; médecine opératoire, obstétrique	G. MOUSSU
Pathologie générale et microbiologie, maladies microbiennes et police sanitaire, clinique	PANISSET
Histologie et embryologie, anatomie pathologique, inspection des denrées alimentaires ; autopsies	G. PETIT
Hygiène et agronomie ; zootechnie et économie rurale	DECHAMBRE

CHEFS DE TRAVAUX

MM. DELMER
LEBLOIS
LETARD
LESBOUYRIES

MM. MONVOISIN
R. MOUSSU
M. PETIT
J. VERGE



La Faculté de Médecine et l'École Vétérinaire déclarent que les opinions
émises dans les dissertations qui leur sont présentées, doivent être consi-
dérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni
approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage d'affection et de dévouement.

A M. Gabriel AUDEBERT

A M. Fernand BLIN

A M. le Professeur MOUSSU

Qui nous a toujours prodigué les conseils et guidé dans l'élaboration de ce travail.

A M. le Professeur BOURDELLE

Très respectueux hommage pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie de notre jury.

A M. le Professeur LESBRE

Dont l'accueil à l'École de Lyon a grandement facilité notre tâche.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'ALFORT

A M. le Professeur Marcel LABBÉ

*Respectueux remerciements pour l'honneur
qu'il nous fait en présidant notre thèse.*

AVANT-PROPOS

Au cours de notre carrière professionnelle, forcément très courte, nous avons eu l'occasion de constater quelques cas d'œsophagisme chez le cheval. Cette affection, que l'on nous avait dit être rare en médecine vétérinaire, n'eut, pour nous, au début, qu'un simple intérêt de curiosité, nous ne pensions même pas en faire la relation dans une publication périodique. Puis, l'idée nous vint qu'il serait intéressant de faire une étude plus approfondie de la question, pour permettre de préciser les diverses particularités de cette affection relativement rare, donc peu connue en médecine vétérinaire. Ce sujet de thèse s'imposait donc, c'est pourquoi nous présentons aujourd'hui ce travail qui, cependant, n'est pas conforme au plan que nous avons primitivement adopté. Nous aurions voulu rechercher, comme nous l'avons fait pour la médecine des animaux, les principaux travaux publiés sur ce sujet dans la médecine de l'homme et étudier l'innervation et les relations physiologiques de l'œsophage. Les circonstances ne nous ont pas permis de poursuivre ces recherches, et c'est seulement une étude clinique de l'œsophagisme en médecine vétérinaire que nous présentons maintenant.

En dehors d'un historique très succinct, nous avons divisé notre travail en deux parties.

La première partie est un résumé analytique de toutes les relations d'œsophagisme publiées dans nos journaux professionnels auxquelles nous avons ajouté nos observations. Nous avons également rapporté celles de Ries qui, si

elles ne relèvent pas entièrement de l'œsophagisme, ont au moins le mérite d'une grande originalité. Nous n'exagérons pas la valeur de la bibliographie complète qui fait l'objet de presque toute cette première partie, mais nous l'estimons nécessaire : elle pourra peut-être rendre service à ceux que l'œsophagisme intéressera et qui trouveront là tout ce qui a été fait en médecine vétérinaire. Les notes consultées ont été analysées aussi complètement que possible et les passages importants ou intéressants, même au seul titre de curiosité quelque peu historique, ont été transcrits intégralement.

Dans la deuxième partie, nous faisons une étude synthétique de l'œsophagisme, nous en étudions, en nous basant sur les observations, les différentes modalités, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et les traitements. Nous émettons également quelques idées sur l'étiologie probable de l'affection, d'où découlent nécessairement des données thérapeutiques et pratiques importantes. A ce propos, nous nous sommes efforcé de démontrer que l'œsophagisme est le plus souvent symptomatique d'autres affections œsophagiennes, pharyngiennes ou même stomacales, et non essentiel, comme on l'a cru souvent.

Nous terminons par quelques conclusions qui résument les points importants à retenir pour le praticien.

L'ŒSOPHAGISME

EN

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

HISTORIQUE

Hippocrate ne parle que de la dysphagie convulsive qui accompagne le tétanos ; il l'observa chez deux malades sur le point d'expirer qui rejetaient les boissons par le nez. C'est seulement au siècle dernier et à Frédéric Hoffmann qu'on rapporte les premières recherches précises sur les maladies spasmodiques de l'œsophage (*De Morbis œsophagi spasmodicis opera omnia*, Genève 1761, t. III, p. 130 et *De spasmo gulos inferioris*, Halae 1733).

La première observation d'œsophagisme connue en médecine vétérinaire date de 1850, elle est due à Mossé, vétérinaire à Orange, qui constata l'affection sur un mulet d'un an et demi et en fit la relation, sous le nom de dysphagie spasmodique, dans le *Journal des Vétérinaires du Midi* de la même année. Il se borna à relater le cas clinique sans chercher à en étudier les causes.

Plus tard, un vétérinaire Belge, Guilmot, fait connaître dans les *Annales de Médecine Vétérinaire* de 1862, deux autres cas, il pense « que la dysphagie n'est qu'un épiphénomène lié à une lésion principale qui est essentiellement nerveuse » et il rattache l'affection « à un trouble momentané de l'innervation de l'estomac ou de l'œsophage. »

En 1881, Mollereau, vétérinaire à Paris, en décrit longuement deux autres cas qu'il croit être les premiers relatés en médecine vétérinaire, il fait de l'œsophagisme un aperçu historique assez complet, il songe le premier à consulter ce qui avait été fait en Médecine humaine et constate que l'œsophagisme était connu de longue date ; il note, sans citer de date, que Hoffmann fut le premier à décrire l'affection, que Van Swieten lui donna le nom de *angina convulsiva*, enfin il analyse rapidement le volumineux et très complet mémoire de Mondière (1833), médecin à Loudun, qui employa le premier le mot d'œsophagisme, et réunit tout ce qui avait été fait avant lui sur la question. Longtemps le mémoire de Mondière resta le plus important qui fut publié sur les affections spasmodiques de l'œsophage, et en 1880, dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales* de Dechambre, Bernheim déclare que ses successeurs ont peu ajouté. Depuis, de nombreux travaux ont été faits et l'innervation de l'œsophage étudiée avec soin en médecine humaine où l'œsophagisme revêt différentes formes.

En médecine vétérinaire, les cas relatés sont peu nombreux ; nous en donnerons la bibliographie détaillée à la fin de cet étude, citons, parmi les plus importants : ceux de Cadéac (*Jour. de méd. vét.* 1888), de Degive (*Ann. de Bruxelles*, 1878), de Poirson (*Bull. de la Soc. des Sciences Vét. de Lyon*, 1901), de Rabieaux, (*Journ. de méd. vét. de Lyon*, 1901, p. 220), de Winkel (*Rev. vét.* 1905). Enfin Ries, dans le *Recueil d'Alfort* de 1913 et 1914, relate quelques cas de spasme laryngo-pharyngo-œsophagien tout à fait particuliers ; l'œsophagisme, dans cette affection bizarre, n'est qu'un symptôme accessoire et peu important.

PREMIERE PARTIE

Analyse des observations d'œsophagisme publiées en médecine vétérinaire

OBSERVATION de Mossé, vétérinaire à Orange, *Journal des Vétérinaires du Midi*, 1850, p. 14. — Cette observation fut, comme nous l'avons dit, la première publiée en médecine vétérinaire. Mossé qualifie l'affection de « dysphagie spasmodique », il la constata sur un mulet d'un an et demi des environs d'Orange qui, depuis sept ou huit jours, ne pouvait prendre aucune nourriture, il présentait une légère tuméfaction de la gorge, presque indolore. L'animal « humait bien le liquide, mais après avoir franchi le voile du palais, il (le liquide) retombait par les narines ». Il en était de même pour les bols solides, qui ne descendaient pas le long de l'œsophage. Mossé crut à une angine. Il prescrivit l'alimentation rectale. Le troisième jour, en explorant l'encolure, à gauche, il perçut, à la palpation, un corps cylindrique, dur, qui lui parut être « l'œsophage spasmodiquement contracté jusqu'à un peu plus des $\frac{2}{3}$ inférieurs de son étendue dans la région trachéenne, fermant totalement l'ouverture du pharynx. »

Une médication anti-spasmodique fut prescrite: du « camphre dissous dans des jaunes d'œufs fut donné à lécher à l'animal », des frictions d'embrocation à l'« huile de morphine » furent faites sur la gorge et tout le long de l'encolure, un séton saupoudré d'« acétate de morphine » passé au poitrail ; on administra également quelques lavements de plantes narcotiques.

Les forces de l'animal décroissant malgré les lavements de soupe, Mossé pratiqua l'œsophagotomie au point d'élection pour faire arriver

les aliments dans l'estomac, au moyen « faute de mieux, d'un entonnoir. » « Je fis dissoudre 4 grammes de camphre dans deux jaunes d'œufs, j'essayai de les faire passer dans l'œsophage par le moyen précité (l'entonnoir) et je vis, avec satisfaction, que le mélange engagé ne fut pas rejeté. Enhardi par ce succès que je crus être ma porte de salut, je m'en servis pour faire parvenir dans l'estomac, outre les médicaments composés de camphre et d'acétate de morphine que j'administrai à la dose de 3 décigrammes par jour, quelques substances très analeptiques. Je fis administrer du bouillon de viande de bœuf, des bouillies bien délayées, de la farine, je plaçai un tube en forme de tube à trachéotomie, mais dont l'ouverture étant parallèle à l'œsophage, avait la forme de l'entonnoir et n'obligeait à aucun dérangement pour verser les liquides. Un cataplasme narcotique était entretenu sur toute la région atteinte par la maladie (Mossé, *loc. cit.*).

Ce traitement fut suivi pendant six jours ; peu à peu, les aliments furent déglutis, puis les boissons ; la tension de l'œsophage se dissipa, le tube fut supprimé ; Mossé fit une suture « du pelletier » de l'œsophage, la cicatrisation s'opéra, mais il ajoute, sans donner de détails, que la convalescence fut longue.

OBSERVATION de GUILMOT, *Annales de médecine vétérinaire*, 1862, p. 115. — Guilmot a observé deux cas d'œsophagisme, il donna de l'affection l'étude suivante :

Pendant que le cheval mange sa ration, il est pris d'un malaise subit, gratte le sol, se campe, se ballonne, mais ne se couche pas. La tête est portée en haut et en avant, les oreilles fléchies en arrière. Dans un mouvement brusque d'arrière en avant, les flancs se retroussent par la contraction des muscles abdominaux, comme dans le vomissement, puis immédiatement après, l'animal jette un léger cri et entr'ouvre un peu la bouche comme s'il voulait vomir. Ces phénomènes cessent alors, puis se reproduisent quelque temps après. La déglutition est impossible.

A la palpation, on découvre l'œsophage rigide, comme une corde

tendue à ses extrémités : une pression légère détermine une vive douleur et le cri, bientôt suivi du simulacre de vomissement.

Guilmot pense que la dysphagie n'est qu'un « épiphénomène lié à une lésion principale qui est essentiellement nerveuse », il rattache l'affection « à un trouble momentané de l'innervation de l'estomac ou de l'œsophage », et pense que les phénomènes constatés du côté du gros intestin (ballonnement) ne sont dus qu'à une réaction sympathique.

Comme traitement, il employa une embrocation faite avec de l'huile d'olives et du chloroforme (20 grammes par once).

Le spasme cessa cinq à six heures après son apparition.

Le premier fait fut constaté en mai 1860, sur une jument de 4 ans, ingidène, pleine, appartenant à M. Stilmant, ancien bourgmestre de Havelange.

Le deuxième a été observé chez un cheval hongre, de 3 ans, de même race, appartenant à M. Wilmotte, également de Havelange.

OBSERVATION de MOLLEREAU, vétérinaire à Paris, *Archives d'Alfort*, 1881, p. 891. — Mollereau, comme nous l'avons dit, croyait être le premier à publier une observation sur l'œsophagisme, comme le prouvent ses premières lignes :

« Peut-être le titre que j'ai donné à cette communication causera-t-il un certain étonnement, car l'œsophagisme, rare chez l'homme, n'a pas encore été décrit en médecine vétérinaire. »

Il fait ensuite de l'affection l'historique succinct que voici :

Très anciennement connu dans la médecine de l'homme, Hoffmann fut cependant le premier qui donna une description assez complète de cette affection (*morbis œsophagi spasmodicis*). Plus tard, Van Swieten décrivit cette maladie sous le nom de *angina convulsiva*. Enfin, son nom actuel d'œsophagisme lui fut donné par Mondière, médecin à Loudun qui, en 1833, dans un important mémoire qu'il publia dans les *Archives Générales de Médecine*, a réuni tous les faits connus avant lui et a constitué l'histoire définitive de cette affection.

Dans son mémoire, Mondière distingue l'œsophagisme en idio- et

thique et symptomatique, et enfin l'œsophagisme dû à l'influence de l'imagination chez les personnes nerveuses, à la suite de morsures de chien. Il cite un grand nombre de faits dus à cette cause entre autres, celui de Barthélemy, de l'École d'Alfort, qui, mordu par un chien, se crut atteint de la rage et pendant trois jours ne put rien avaler. En dehors de l'hystérie, de l'hypocondrie et de la rage, Mondière dit que chez les personnes nerveuses et susceptibles, les causes provocatrices sont : les affections vives de l'âme, les courants d'air froid, l'électricité atmosphérique, la déglutition d'un liquide froid quand le corps est en sueur, certaines substances vénéneuses, etc...

Depuis le travail de Mondière, on admet généralement en médecine humaine que le nervosisme est la cause prédisposante unique. C'est à cette cause seule que doivent se rattacher les deux faits suivants : (Mollereau, *loc. cit.*)

Premier cas. — Constaté le 5 juillet 1879 à Paris, sur un cheval très nerveux, très impressionnable, qui mit quinze jours pour s'habituer à son nouveau milieu. Il fit un excellent service pendant deux mois. Un jour, brusquement, après avoir mangé sa ration, il est pris d'un malaise subit ; la salive est rejetée, comme par vomissements, il ne se tourmente pas et reste la tête basse, triste, inquiet, à bout de longe. Le flanc est agité, mais la température reste normale, les lèvres, les naseaux, la bouche, sont pleins de salive qui est déglutie à chaque instant. Après deux ou trois ondées consécutives de déglutition, le cheval est pris de mouvements convulsifs, il s'affaisse sur le train postérieur, il rapproche, en les traînant sur le sol, les antérieurs des postérieurs, allonge la tête sur l'encolure qui est déviée à gauche, et vomit de la salive, puis il se remet en station normale, redéglutit de la salive, et les mêmes phénomènes se reproduisent. La salive est rejetée pure. Quand les vomissements sont rapprochés, la salive est rejetée claire, quand ils sont éloignés, elle est battue par le jeu des mâchoires et rejetée mousseuse. Quelquefois, elle s'engage dans la trachée et provoque la toux qui la projette à une certaine distance.

Cette salive ne présentait pas l'odeur gastrique des vomissements de l'estomac, donc ne venait pas de cet organe. Mollereau pensa à un

jabot thoracique. Pendant deux heures, les mêmes symptômes se reproduisirent, puis cessèrent brusquement, après que le cheval se fut ébroué à plusieurs reprises.

Huit jours plus tard, au milieu de la journée et après une course, les mêmes symptômes se reproduisirent et persistèrent pendant trois heures. Là, le diagnostic fut posé nettement et l'œsophagisme reconnu.

Quatorze jours après cette seconde crise, les accès recommencèrent et durèrent six heures.

Quinze jours plus tard, un nouvel accès dura longtemps et ne cessa que le lendemain dans la journée, après le rejet d'une grande quantité de salive et de sueur.

Pendant les huit jours qui suivirent, il fut administré 20 grammes de bromure de potassium par jour. Un mois après, le cheval fut vendu sans avoir présenté de nouvel accès.

Deuxième cas. — Presque au même moment, un ardennais « d'une énergie exceptionnelle » et « aux allures très rapides » présenta les signes de la même affection. Les symptômes furent identiques ; on nota seulement une mobilité très grande du port de la tête et des oreilles. Le bol était facilement suivi, lorsqu'il descendait dans la gouttière œsophagienne. Après trois ou quatre ondées, le vomissement se produisait. L'accès dura trois quarts d'heure. Pendant quelques jours, il fut administré journellement, 20 grammes de bromure de potassium. Trois semaines après, un nouvel accès se reproduisit et dura quelques heures. Le même traitement fut administré, mais plus longtemps. Les accès, à partir de ce moment, ne se reproduisirent plus.

Dans ces deux cas, Mollereau ne tenta pas le sondage œsophagien, le jugeant trop dangereux, bien que chez l'homme les accès disparaissent par ce moyen.

La discussion de ce travail eut lieu à la Société centrale de médecine vétérinaire, dans sa séance du 8 décembre 1881. Benjamin en donna lecture, et la commission chargée de l'examiner fut composée, outre ce dernier, de Trasbot et de Barrier.

Benjamin propose l'hydrothérapie, comme dans la fièvre typhoïde : « Il eut été au moins curieux de voir quel aurait été l'effet de ce moyen de traitement employé avec succès en médecine humaine dans les affections qualifiées ou non de nerveuses. » Il loue *Mollereau* de ne pas avoir tenté le sondage et propose à la Commission une lettre de remerciements.

Cagny dit avoir observé plusieurs cas analogues chez des chevaux gloutons : un bol s'arrête et obstrue l'œsophage ; il est bien vite rejeté, mais les symptômes constatés par *Mollereau* persistent plusieurs heures. Les bols les plus mous sont ceux qui exigent le plus de fatigue de l'œsophage ; au second ou au troisième, il y a un peu de paralysie et d'engorgement de l'organe. Pour produire ces symptômes, il suffit de donner un peu de foin aux chevaux gourmands, ou de son étalé, non en tas. « C'est là un moyen infallible dans les cas que j'indique. »

Cagny cite également un cas d'observation personnelle : à Senlis, un cheval est mis dans une écurie en mauvais état. Des platras tombés dans la mangeoire sont déglutis, il en résulte une obstruction de l'œsophage, qui cède à un violent effort de vomissement. Le propriétaire remarque, pendant quelque temps, des arrêts au milieu des repas et des efforts de vomissements dus aux lésions de l'œsophage, puis tout rentre dans l'ordre.

Il est permis de penser que le cas cité par *Cagny* relève de l'œsophagite et non de l'œsophagisme.

OBSERVATION de CADÉAC, *Journal de médecine vétérinaire de Lyon*, 1888, p. 618. — *Un cas d'œsophagisme chronique.* — Le 17 octobre 1888, un cheval de 16 ans entre aux Hôpitaux de l'École Vétérinaire de Lyon pour boiterie du postérieur droit. Le propriétaire prévient le palefrenier de ne pas se préoccuper des accès de salivation ni des efforts de vomissement que pouvait présenter son cheval. Cadéac n'a pas été prévenu tant que les accès sont restés bénins et n'ont pas dépassé une heure environ.

Le 21 au soir, après que le cheval eut pris sa ration, il manifesta un

accès plus long et plus grave que les autres. Les symptômes présentés étaient ceux de l'œsophagisme. Un traitement « très rationnel » (lavements de chloral, inhalations de chloroforme, frictions de pommade de peuplier sur le trajet de l'œsophage) fut institué. Les accès se calmèrent. Le lendemain matin, à la première tentative de déglutition, le spasme se reproduisit avec les symptômes classiques (très bien décrits dans le traité de Pathologie interne de Cadéac [tome Ier]). L'animal, brusquement, est pris d'inquiétude, s'arrête de manger, étend la tête sur l'encolure, l'incline vers le sol, mâchonne, laisse écouler une salive mousseuse, abondante et présente quelques symptômes de coliques, tantôt légères, tantôt plus intenses. « La lèvre supérieure relevée, contractée par moments, est animée de nombreux mouvements vermiculaires ». Les bols alimentaires déterminent des soulèvements ascendants et descendants de l'œsophage. L'auscultation de l'organe permet de percevoir un bruit de déglutition bruyant, saccadé et perceptible à distance. L'œsophage est sensible au toucher et donne la sensation d'une corde. Les efforts de vomissement se succèdent rapidement « et sont caractérisés par une contraction convulsive des muscles de l'encolure, par un raccourcissement rapide, instantané, de son bord supérieur qui paraît déprimé, brisé à sa base, par des cris plus ou moins aigus, quelquefois très perçants, et parfois par un sifflement très intense qui se produit au niveau du larynx au moment de l'expulsion d'une certaine quantité de salive par les cavités nasales.

Quelquefois, la salive pénètre dans le larynx et provoque des quintes de toux plus ou moins violentes.

La température et la respiration sont normales, seul, *le pouls est petit et faible*.

Ces signes disparurent au bout de deux heures, sans aucun traitement.

Depuis un an et demi, l'animal présentait les mêmes accès mais moins intenses, en moyenne deux fois par semaine. Son propriétaire l'a acheté ainsi.

Cadéac recherche ensuite l'origine de ce spasme.

D'après Jacoud, les causes occasionnelles chez l'homme sont principalement les émotions vives, particulièrement la colère, chez les individus nerveux, les hystériques ; chez les personnes qui ont déjà été atteintes par le spasme, la seule idée de son retour suffit à le provoquer.

Le propriétaire de ce cheval disait que les aliments qui déterminaient le plus facilement les crises étaient les barbotages épais, faits avec le son ou la farine et, également, l'eau froide. Le travail repris pendant un accès faisait cesser celui-ci.

En effet, les accès se produisent à volonté en donnant du son frisé à l'animal. Ils sont si violents qu'il est impossible de les faire cesser par la faradisation.

OBSERVATION de LUCET. *Recueil de médecine vétérinaire*, 1891, p. 745. — *Œsophagisme chez le cheval*. — Un propriétaire vend un cheval en prévenant que, depuis quelque temps, l'animal vomit quelquefois.

Quatre jours plus tard, une demi-heure après avoir terminé sa ration d'avoine, pendant qu'il mange son fourrage, l'animal devient subitement inquiet, triste, gratte le sol, se couche, se relève, se recouche, se roule, puis vomit abondamment. Ces symptômes disparaissent pendant quelques minutes, puis se reproduisent, toutefois de plus en plus rarement, et cessent. Leur durée fut de trois heures. Quelques jours après, nouvelle crise, également de trois heures environ.

Lucet ne donne pas d'autres détails. Nous supposons donc, tout en faisant des réserves, qu'il s'agit d'œsophagisme.

OBSERVATIONS de RIES. *Recueil de médecine vétérinaire*, 1897, p. 228. — *Deux observations d'œsophagisme chez le bœuf*.

OBSERVATION I. — Subitement, les symptômes de l'œsophagisme, caractérisés par des mouvements convulsifs et des nausées, apparaissent sur une jeune vache, « après une belle journée d'automne »,

L'affection revêt la forme de paroxysmes, le sujet est anxieux, la tête se rapproche des membres antérieurs, les muscles pharyngiens et ceux de la région cervicale antérieure se contractent convulsivement. On entend un bruit de glouglou le long de l'œsophage. Les yeux expriment un état nerveux grave ; l'instinct de la conservation semble disparu, tantôt l'animal se lance violemment en avant, tantôt il recule et fait entendre des beuglements plaintifs. Le calme ne revient qu'après la régurgitation d'une abondante quantité de salive, mêlée de quelques parcelles alimentaires inodores.

Au bout de quelques heures, les accès n'apparaissent plus qu'à des intervalles assez éloignés et, finalement, il faut, pour les provoquer, l'ingestion préalable de quelques gorgées de liquide ou de quelques bols alimentaires. Le sondage, pratiqué sans résultat, démontre l'absence de corps étranger.

A l'entrée de la poitrine, à gauche, sous le mastoïdo-huméral, il est perçu l'existence d'une tumeur ovoïde, du volume du poing, insensible, dure, mobile, qui, à l'extirpation faite huit jours après l'apparition des symptômes, fut reconnue de nature dermoïde.

Immédiatement après l'opération, l'œsophagisme persiste toujours. Un confrère, appelé, diagnostique une perforation de l'œsophage et prescrit l'abatage. Aucune lésion anatomique de l'œsophage ne fut trouvée. La plaie opératoire, vieille de deux jours, était en bonne voie de guérison.

Le kyste, en comprimant l'œsophage, était-il la cause de l'œsophagisme?

OBSERVATION II. — Quelques jours après, un bouvillon de 10 mois est pris des symptômes d'œsophagisme pareils à ceux qui viennent d'être décrits. Aucune lésion ne put être constatée. Il fut fait une application de compresses de Priessnitz. Le lendemain, la santé était revenue.

OBSERVATION de BOURNAY. *Revue vétérinaire*, 1898, p. 204. — Une nouvelle observation d'œsophagisme chez le cheval. — Depuis deux jours, le cheval qui fait le sujet de cette observation ne mange plus,

il « perd la salive » et « semble vouloir vomir souvent », il est triste et mâchonne continuellement.

Dans la gouttière jugulaire gauche, il est perçu des ondulations ascendantes et descendantes. La région n'est pas douloureuse à la palpation. Le cheval a rejeté, pendant sa maladie, des matières alimentaires venant de l'estomac, Bournay pense à l'œsophagisme. Comme traitement, il administre de la pilocarpine pour provoquer une salivation intense, et quelques lavements au chloral, il fait des frictions d'huile camphrée sur le trajet œsophagien.

Le lendemain, l'état est le même, le malade refuse tout aliment, il déglutit quelques gorgées d'eau qui semblent s'arrêter dans l'œsophage. Le cathétérisme est fait sans difficulté. Au bout de quelques heures, l'animal meurt.

A l'autopsie, l'estomac est trouvé plein d'aliments avec, dans le cul-de-sac gauche, un assez grand nombre de larves d'œstres. La muqueuse de l'œsophage, dans ses deux tiers postérieurs, est le siège de nombreuses ulcérations superficielles à surface grenue, uniforme, de couleur brune.

Bournay pense que les ulcérations ont été la cause de l'œsophagisme. Quant à l'étiologie de ces dernières, il ne peut invoquer que l'alimentation ou l'âge avancé.

OBSERVATION de ROY. *Revue vétérinaire*, 1898, p. 286. — *Œsophagisme chronique chez une jument*. — Une jument de 15 ans est atteinte périodiquement, à de longs intervalles, de spasme de l'œsophage. Elle a eu cinq crises depuis 1893, sans cause apparente. Le dernier accès a eu lieu après l'abreuvoir, il s'est manifesté par de la tristesse, de l'anxiété, une sudation plus abondante, une accélération de la respiration, de violents efforts de régurgitation. On perçoit quelques ondulations dans la gouttière jugulaire. De la salive et des mucosités sont expulsées. L'administration d'un breuvage provoque de violents efforts. La crise se continue pendant cinq heures, puis se calme peu à peu, mais la fatigue extrême et l'accélération de la respiration persistent. Le troisième jour, la guérison spontanée complète se produit. Le

traitement antispasmodique, administré dès le début, n'a produit aucun effet.

Comme étiologie, le nervosisme du sujet ne peut être invoqué.

OBSERVATION de LAFOND et LEBLANC. *Bulletin des Sciences vétérinaires de Lyon*, 1900, p. 227. — *Œsophagisme chez le cheval. Ulcération de la muqueuse*. — Les auteurs notent que les cas d'œsophagisme ne sont pas exceptionnels chez le cheval.

L'observation présente a été recueillie sur une jument de gendarme qui n'a pris, depuis le matin, aucune nourriture ; elle rend, par la bouche et le nez, tout ce qu'on s'efforce de lui faire absorber (Les auteurs notent les signes classiques d'œsophagisme que nous avons déjà décrits).

Vers le milieu de trajet cervical de l'œsophage, on perçoit une tumeur du volume du poing, dont le grand axe correspond à celui de l'œsophage. On diagnostique une obstruction œsophagienne. Pendant cinq jours, la malade ne s'alimente pas. Une demande est transmise à l'autorité supérieure afin de pratiquer l'opération ; l'autorisation revient le septième jour et trouve le sujet en même état. L'œsophagotomie est pratiquée, sur le lieu de la tumeur, mais, quand l'opérateur arrive sur l'œsophage, cette dernière avait disparu ! On donne à boire à l'animal qui déglutit, puis rejette le liquide, mais la tumeur se reforme par dilatation de l'œsophage rempli de liquide. On pense à une obstruction intra-thoracique ; l'œsophage est abandonné et l'abatage conseillé ; celui-ci est pratiqué le dixième jour sans que l'état de la malade se soit modifié.

Autopsie. — L'œsophage, à l'extérieur, apparaît sain. A l'intérieur on trouve une ulcération de la muqueuse « vers l'endroit où le tube œsophagien s'infléchit pour pénétrer dans la poitrine, intéressant toute la muqueuse, et disposée en anneau de bague du diamètre d'une pièce de deux francs ». Il est impossible d'en établir l'origine. Il s'agit d'œsophagisme provoqué par la lésion du conduit et non d'obstruction de l'œsophage.

Les auteurs ajoutent : « Peut-être, si nous n'avions pas cru à une

destruction matérielle, aurait-il été possible d'intervenir d'une façon plus efficace ».

Discussion de cette observation à la Société des Sciences vétérinaires de Lyon.

CADÉAC. — On peut voir des animaux qu'on croyait perdus guérir ; l'œsophagisme disparaît spontanément ou après anesthésie incomplète avec 60 à 80 grammes de chloral en lavements.

RABIEAUX. — J'ai eu un parent, jeune enfant de 13 ans, guéri radicalement d'œsophagisme, en quelques minutes, par l'électricité. Depuis onze mois, il ne pouvait déglutir un aliment solide ; les boissons passaient péniblement. Du bromure de potassium fut administré sans résultat. Il fut conduit au Dr Garel de Lyon, qui diagnostiqua de l'œsophagisme et employa, comme traitement, une faradisation énergique pendant quelques minutes. La guérison fut radicale.

Dr DOR. — En humaine, on emploie, avec succès, comme traitement, la faradisation, le bromure de potassium et le sondage.

MATHIS. — L'obstruction de l'œsophage amène quelquefois de l'œsophagisme.

OBSERVATION de RABIEAUX. *Journal de médecine vétérinaire de Lyon*, 1901, p. 220. — *Un cas d'œsophagisme chez le chat.* — L'auteur donne de l'œsophagisme la définition suivante : « L'œsophagisme, ou spasme de l'œsophage, consiste dans une contracture des muscles œsophagiens, indépendante de toute inflammation locale, donnant lieu à un rétrécissement plus ou moins marqué du conduit et à une dysphagie plus ou moins complète ».

Un chat de 2 ans, présente le 5 janvier au soir et sans cause appréciable, un malaise subit « il ne peut déglutir le foie cru qui forme la base de sa nourriture habituelle », les jours suivants, cet état persiste, l'appétit est conservé, mais il rejette les morceaux de viande sans tenter un effort de déglutition. Les liquides, en particulier le lait, sont absorbés sans difficulté.

L'animal ne présente aucune modification du caractère ni de la manière d'être ; il n'y a ni régurgitation, ni vomissement. Le sujet est fixé par les quatre membres sur une planchette *ad hoc*, aux fins d'examen. Les morceaux de viande ne peuvent franchir le fond de la bouche, et provoquent à ce moment d'énergiques mouvements de défense et de violents efforts de régurgitation. Une sonde de 8 millimètres de diamètre est introduite, en guise de cathéter, dans l'œsophage. Au moment de pénétrer dans l'orifice œsophagien, la main perçoit une résistance à franchir qui provoque des mouvements de défense et des efforts de régurgitation. Cet obstacle passé, la sonde pénètre dans l'estomac sans difficultés.

L'instrument retiré, il est impossible de faire avaler des morceaux de viande. Les liquides sont toujours bien déglutis.

Le diagnostic est porté : œsophagisme.

Rabieaux rappelle ici le cas de son jeune parent relaté à l'observation précédente.

L'animal est immobilisé, le poil coupé au niveau des gouttières jugulaires, la peau humectée. La faradisation est pratiquée au moyen de « l'appareil de Gaiffe », les deux électrodes maintenues en contact avec la peau sur chaque gouttière jugulaire, dans sa partie supérieure. Le courant provoque des mouvements répétés de déglutition, l'animal cherche à s'y soustraire.

Après cette première intervention, trois ou quatre petits morceaux de viande de la grosseur d'une noisette sont déglutis, mais avec peine.

La faradisation est alors reprise avec plus d'intensité pendant cinq minutes ; l'animal, détaché, prend de lui-même les aliments et déglutit une douzaine de morceaux de viande. La guérison est complète. L'animal est rendu au propriétaire le 27 janvier.

Chez ce dernier, le 30 dans la nuit, le sujet, complètement guéri de son œsophagisme, se met à miauler d'une façon insolite et, le 31, il est étendu sur le côté, sans pouvoir se relever et se tenir sur ses membres qui, contractés, sont ramenés sous le corps, la tête redressée en arrière. Son caractère n'est pas modifié, sa physionomie dénote la souffrance et l'angoisse. Malgré cela l'appétit persiste, il mange et

déglutit des morceaux de viande et du lait introduits dans la bouche. Température : 35° 6.

Lorsqu'on veut l'examiner, il tombe et tourne en cercle. On pense à une lésion du cervelet. Il meurt le 2 février.

L'autopsie est faite avec beaucoup de soin, surtout en ce qui concerne le tube digestif et les centres nerveux. On ne remarque aucune lésion dans la bouche et l'œsophage, mais seulement sur l'estomac et les méninges cérébelleuses.

Dans l'estomac, à 2 centimètres du pylore, une fine aiguille à coudre, longue de 4 centimètres est piquée perpendiculairement dans les parois qu'elle perce. Par sa pointe, elle fait saillie d'un centimètre dans la cavité abdominale, au niveau de l'insertion épiploïque ; à l'autre extrémité, dans l'estomac, on trouve un fil, long de 15 centimètres, engagé dans le duodénum. L'aiguille a perdu tout brillant et elle est fortement enserrée dans les parois. Au niveau de son implantation, aucune trace d'inflammation, la muqueuse est seulement déprimée et présente un petit pertuis de 2 millimètres de diamètre. Le trajet de l'aiguille renferme une matière noirâtre. La séreuse, à la sortie de l'aiguille, est refoulée et l'entoure sur une longueur de 5 à 6 millimètres, en fermant ainsi son trajet. Les fonctions digestives s'exercent normalement : on ne trouve nulle trace, dans l'estomac, du lait et de la viande ingérés douze à quinze heures avant la mort.

L'autopsie des centres nerveux démontre l'existence d'une méningite purulente qui détermina la mort.

Comme conclusion, Rabieaux dit que l'aiguille trouvée dans l'estomac était la cause de l'œsophagisme, soit par cheminement, soit d'une façon plus probable, par son implantation dans la muqueuse stomacale.

Il n'y eut probablement aucune relation entre la méningite et l'œsophagisme.

Cette observation est intéressante, car, seule, elle montre que l'œsophagisme peut avoir comme point de départ une lésion de l'estomac.

OBSERVATION de POIRSON. *Bulletin de la Société des Sciences vétérinaires de Lyon*, 1901, p. 290. — Trois cas pathologiques curieux sur un même cheval : œsophagisme, rupture de la corde du fléchisseur du métatarse, fracture du tibia.

Dans cette observation, seul l'œsophagisme nous intéresse. Il est constaté sur un cheval de 15 ans, « Fabert », monture d'officier, animal « plein de sang et particulièrement nerveux », vorace, grand mangeur et cependant toujours maigre.

Le 13 juillet 1898, « Fabert » manifeste les symptômes d'une première crise d'œsophagisme, une deuxième, puis une troisième, et d'autres répétées motivent sa rentrée dans le rang, puis les accès deviennent presque journaliers. Le 14 juin 1899, deux accidents consécutifs : rupture de la corde du fléchisseur du métatarse et fracture du tibia nécessitent l'abatage.

C'est, en principe, après l'abreuvoir, quand le cheval commence à manger son orge, qu'il est pris d'œsophagisme : brusquement il s'arrête, piétine, s'agite en tous sens, manifeste de l'angoisse. Les yeux sont dilatés, saillants, l'animal tousse par quintes fortes, convulsives, et fait d'infructueux efforts de déglutition, la tête se relève fortement sur l'encolure « alors que celle-ci, horizontale, semble se raccourcir et rentrer en quelque sorte dans la poitrine ».

La palpation de l'œsophage permet de ressentir l'impression de « rigidité tétanique ».

La salive spumeuse, filante, ne pouvant être déglutie, s'écoule par la bouche et les naseaux et inonde l'entourage.

La respiration est accélérée, plaintive, râlante. La pénétration de la salive dans les voies respiratoires et la compression de la trachée ou des nerfs périphériques sous l'effort des contractions musculaires déterminent de la dyspnée, qui va presque jusqu'à l'asphyxie. Les battements du cœur sont énergiques et bruyants, les muqueuses cyanosées. Il n'y a pas de météorisation ni de gonflement des gouttières jugulaires. En général, l'accès dure peu, un quart d'heure, rarement une demi-heure, exceptionnellement un après-midi.

« Dès que les efforts de déglutition sont couronnés de succès, dès

que la fluidification de la masse alimentaire qui causait ou l'engouement ou l'obstruction, ou même, dès que le spasme cessait, les symptômes cessaient brusquement, et la santé revenait, parfaite, immédiatement. »

Il fut diagnostiqué une lésion de l'œsophage et, par élimination, on conclut à de l'œsophagisme. L'invasion et la résolution subites du spasme, les mêmes caractères des accès renforcèrent ce diagnostic.

Le rétrécissement spasmodique était complet et ne permettait aucune régurgitation.

Pronostic grave : il y avait danger de mort par asphyxie.

Comme cause provocatrice, en dehors du nervosisme, on ne pouvait rien invoquer.

Poirson pensa seulement à la surexcitation nerveuse due à la voracité, et l'impression réflexe du froid de l'eau.

A l'autopsie, il ne fut trouvé qu'une épaisseur et une rigidité plus grandes de l'œsophage dans la région thoracique, fait normal chez les chevaux âgés.

« D'un autre côté, une dissection que nous pouvons qualifier de complète et minutieuse des régions parcourues par l'œsophage dans toute son étendue et de celles incitées par le pneumogastrique depuis son origine jusqu'au ganglion semi-lunaire, centre du plexus solaire, ne nous a pas davantage renseigné sur les circonstances internes capables d'expliquer, dans une mesure plus ou moins large, l'accident en cause (Poirson, *loc. cit.*). La question reste énigmatique.

Les traitements mis en œuvre : isolement, changement de l'heure et de la nature des repas, diète, alimentation à volonté, ne donnèrent aucun résultat.

Contre les accidents secondaires, il fut prescrit des gargarismes d'eau vinaigrée, des lavements d'éther (30 grammes) ou de chloral¹ (100 grammes) des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (0 gr. 50), de pilocarpine (0 gr. 10) ; à l'intérieur, de l'iodure de potassium et du chloral.

L'animal était mis au vert le plus souvent possible. On lui donnait également des carottes, de l'orge et de la paille, mais pas de foin.

OBSERVATION de BERTON. *Revue vétérinaire militaire*, 1910, p. 165.
— *Un cas d'œsophagisme*. — Le 9 novembre 1909, une jument de pur sang, âgée de 5 ans, est couchée pour une cautérisation sur les deux jarrets. Malgré l'administration de 20 grammes de sulfonal, les défenses sont vives, les contractions musculaires violentes, surtout au niveau de l'encolure, qui n'est maintenue qu'à grand'peine par deux aides. L'intervention dure une heure environ. La jument relevée, cherche à manger, mais brusquement, elle s'arrête et manifeste de l'anxiété (Berton étudie les symptômes d'une façon nette et précise) : « Les membres se raidissent, la tête s'étend sur l'encolure allongée et soudainement secouée par des spasmes secouant le corps tout entier. Ces contractions restent cependant localisées à la région cervicale, qui subit sous leur influence une véritable déformation, elle se creuse vers son bord supérieur, devient saillante en bas, s'infléchit à gauche, et semble s'enfoncer dans la poitrine. Ces spasmes sont accompagnés de plaintes bruyantes et suivies, après quelques secondes, d'un écoulement nasal bilatéral abondant de matières visqueuses, blanc-grisâtre, d'apparence salivaire, auxquelles succède un jetage inodore, liquide, verdâtre, contenant des parcelles de foin broyé. »

Pendant trois quarts d'heure, ces phénomènes se renouvellent à une dizaine de reprises, mais de moins en moins intenses, en même temps que les matières deviennent de plus en plus claires et rares. Dans les dernières accès, elles sont purement salivaires.

La jument ne présente pas de coliques. elle est un peu abattue, couverte de sueurs, la respiration est courte et accélérée, le pouls fréquent et assez fort, les conjonctives légèrement congestionnées. Après les crises, la santé paraît parfaite, sauf un léger abattement.

Le lendemain, les symptômes généraux ont disparu, mais la préhension des aliments ne peut se faire que l'encolure très abaissée.

La palpation de cette région ne décèle aucun point douloureux, cependant les mouvements de latéralité ou d'élévation de l'encolure donnent lieu à des mouvements de défense très violents et à des plaintes. Trois jours après, une myosite de la région cervicale, jusqu'ici seulement soupçonnée, devient évidente, surtout au niveau des mas-

toïdo-huméraux qui sont un peu bossués et très sensibles au toucher.

Huit jours après, les symptômes ont disparu et la santé est revenue parfaite.

« Ce cas d'œsophagisme semble digne d'intérêt, en raison de sa pathogénie probable et de la rareté de ce genre d'observations ».

Le diagnostic ne fut pas fait d'emblée, car certains symptômes, le jetage alimentaire surtout, semblaient comporter quelques réserves et pouvaient faire penser à une déchirure ou à la paralysie de l'estomac, et même à un jabot œsophagien.

Mais le jetage avait des caractères assez particuliers. Les matières alimentaires disparurent progressivement, et jamais son odeur ne fut celle du contenu stomacal.

De plus, les spasmes étaient localisés à l'encolure, le diaphragme et les muscles abdominaux étaient normaux. Donc, toute origine gastrique pouvait être exclue.

« C'est ainsi qu'interviennent comme cause probable de l'œsophagisme les efforts prolongés et violents auxquels se livra la jument pendant l'opération. La myosite accusée, persistante, des muscles de la région cervicale mesure, en quelque sorte, l'intensité de ces efforts et permet d'en retenir les conséquences, soit par tiraillement direct de la couche musculieuse de l'œsophage, soit par compression des nerfs qui président à sa motricité. Et la fugacité relative des spasmes laisse plutôt entrevoir une irritation nerveuse légère, qu'une lésion organique matérielle nécessairement plus durable et plus prolongée dans ses effets. »

OBSERVATION de WINKEL. Tijdschrift voor Veeartsenijkunde (1904). *Revue vétérinaire*, novembre 1904, p. 134. — *Œsophagisme chez un cheval*. — La dysphagie spasmodique essentielle est extrêmement rare chez le cheval. Dieckerhoff n'en parle pas et Friedberger et Fröhner citent seulement les cas de Mollereau, Guilmot, Mossé, Friedberger, Cadéac et Roy.

Environ cinq semaines après la parturition, une poulinière de 5 ans, rentrant du labour, prend avec avidité une petite quantité

d'herbe ; brusquement, elle manifeste de l'anxiété, cesse de manger, allonge la tête sur l'encolure et fait des efforts de vomissement. Du jetage verdâtre, s'écoule par les naseaux, et de la salive par la bouche, les membres antérieurs grattent le sol. Cet état dure environ une minute, puis la jument se rapproche de la mangeoire, prend un peu d'herbe, et l'accès reparaît, mais moins intense.

Le pouls est mou et plein (26 à 30 pulsations par minute), les battements du cœur un peu forts, les temps bien séparés. Température : 39°2. La conjonctive est un peu injectée, la respiration légèrement accélérée, mais seulement pendant les crises. Il n'y a pas de sensibilité ni de tuméfaction de la gorge, mais distension des jugulaires « celle de gauche donne la sensation d'un cordon dur, ayant le diamètre du doigt, qu'on ne distingue plus au-dessous du larynx, mais qu'on suit jusqu'au point où l'œsophage s'incline à gauche pour disparaître dans le thorax entre les deux premières côtes. »

Cet ensemble de symptômes fait conclure à un spasme de l'œsophage. Cependant, les aliments progressent lentement dans le conduit, ils passent avec plus de difficulté à la partie moyenne et, quand le bol a disparu, l'œsophage paraît volumineux en ce même point.

Winkel tire de la lenteur anormale du pouls une conclusion ingénieuse : il suppose que l'œsophagisme est d'origine centrale et non symptomatique. L'irritation doit porter sur le trajet du nerf vague, qui innerve le larynx, la trachée, les poumons, le pharynx, l'œsophage, l'estomac et le cœur, et qui se confond avec le nerf accessoire de Willis, nerf d'arrêt du cœur.

Bien plus, le résultat du traitement confirme cette hypothèse : l'expectative et le retrait de la nourriture ne firent pas cesser les crises. Au contraire, le *bromure d'ammonium* administré toutes les deux heures, à la dose de 10 grammes, amena la résolution après la quatrième dose, et l'état du cœur redevint normal.

Les crises ne reparurent pas.

OBSERVATION de DÉGIVE. *Annales de Bruxelles*, 1878, p. 1. — *Dysphagie œsophagienne organopathique chez un cheval*. — Dégive prend

cette observation comme sujet de conférence clinique. Il dit qu'il peut exister trois sortes de dysphagies : 1^o mécanique ou physique (rétrécissement, corps étranger) ; 2^o physiologique (paralysie, troubles nerveux) et enfin 3^o une dysphagie mixte, comme dans le cas présent, conséquence d'une anomalie mécanique (rétrécissement) et physiologique (altération, dégénérescence musculaire). De plus, avec cette lésion à caractère constant, le trouble de la déglutition est intermittent. L'autopsie explique d'ailleurs cette particularité.

Une jument du Condroz, noire, 9 ans, 1 m. 50, appartenant à M. Vandenberghen de Molenbeck Saint-Jean est prise, depuis deux mois, de dysphagie complète ; les accès se produisent à intervalles assez réguliers de huit à quinze jours, et quelquefois deux ou trois quotidiennement durant deux à trois jours consécutifs, principalement pendant les repas, après l'ingestion d'une certaine quantité d'aliments fibreux tels que le foin et la paille. Chaque accès dure en moyenne de dix à trente minutes. Les premiers symptômes sont apparus subitement, sans cause apparente.

Symptômes. — Lorsque l'accès commence, l'animal paraît assez gêné, agité, il salive abondamment, secoue la tête, tousse, et montre, sur la région trachéenne une suite de contractions automatiques apparaissant sous forme d'un soulèvement qui s'étend rapidement des parties inférieures aux parties supérieures de la région. Ces contractions provoquent la régurgitation d'une certaine quantité de salive spumeuse, pure ou mélangée à une certaine quantité de boissons que l'animal essaie en vain de déglutir.

Pendant les cinq ou six accès que l'animal a présenté à l'école, la salive rejetée était pure, mais le propriétaire a remarqué qu'elle était quelquefois souillée de débris alimentaires.

Cette régurgitation est très pénible pour l'animal qui présente de la dyspnée et de l'anxiété quelquefois manifestée par de légers cris plaintifs.

Après une ou plusieurs régurgitations, les contractions automatiques de la région trachéenne diminuent d'intensité et cessent, pour ne reparaître qu'avec une nouvelle attaque.

Chaque accès dure environ une demi-heure et se produit généralement après l'ingestion de foin ou de paille, hachés ou non. Quelquefois ils se produisent plus d'une heure après le premier repas du matin. Une fois, l'accès a été déterminé par l'ingestion forcée d'un litre d'eau glacée. L'expérience, renouvelée, ne donna plus aucun résultat. L'accès se termine d'une manière spontanée, une fois, il a paru cesser après l'introduction complète du cathéter œsophagien.

L'exploration externe du pharynx et de l'œsophage ne donne pas de résultat.

Diagnostic et traitement. — Degive pensa, avec Van Hersten, que ces troubles pouvaient être dus à un jabot thoracique, car les accès se produisaient après l'ingestion d'aliments, paille ou foin. Cependant, la dysphagie était intermittente, et les matières régurgitées constituées presque uniquement par de la salive. Degive diagnostiqua un spasme de l'extrémité inférieure de l'œsophage et pensa que l'irritabilité de l'organe affecté pouvait être rattachée à un trouble général nerveux ou rhumatismal. Il prescrivit l'administration journalière d'un gramme d'acide arsénieux, associé à 3 grammes de noix vomique, et fit une friction vésicante sur la région trachéenne. Ce traitement, suivi pendant quinze jours, ne donna pas d'amélioration. L'utilisation de l'animal ne fut pas interrompue, mais amena un amaigrissement sensible. Quarante-trois jours après son entrée à l'école, il succomba, « prétendument asphyxié » durant un accès plus violent que les autres.

Autopsie. — Les lésions trouvées furent de deux ordres : des lésions pulmonaires (broncho-pneumonie gangreneuse) et des lésions œsophagiennes, seules intéressantes. A l'entrée de la cavité thoracique l'œsophage présentait un léger renflement très consistant, peu dépressible, paraissant être dû à la présence d'un corps étranger dans l'intérieur du conduit. En effet, dans l'œsophage il fut trouvé une masse assez régulièrement arrondie formée par des matières fibreuses finement divisées, agglomérées de manière à former une petite pelote assez dure, du volume d'un œuf de pigeon. A ce niveau, la muqueuse œsophagienne était pâle, anémiée par la compression et ne portait

que de légères traces d'érosion. La couche musculieuse, épaissie de moitié, décolorée, indurée, présentait de la « myosite chronique avec altération hyperplasique condensée du tissu conjonctif interstitiel et nécrobiose partielle des éléments essentiels du tissu musculaire correspondant. » Ces altérations occupaient une étendue de 3 à 4 centimètres à peine. Plus prononcées au milieu, elles se continuaient, en diminuant insensiblement, avec le tissu normal de l'œsophage. Le diamètre, l'extensibilité et la contractibilité de l'organe étaient notablement diminués en ce point.

Degive pense que la myosite chronique localisée de l'œsophage fut la cause de l'œsophagisme. Il y eut rétention du bol alimentaire par défaut d'extensibilité, d'élasticité et de contractilité, d'où obstruction de l'œsophage et œsophagisme. On s'explique mal les intermittences inégales. Degive fait les suppositions suivantes, dont la première est assez obscure : Ou « les altérations physiologiques du canal œsophagien ont subi des fluctuations analogues à celles que l'on remarque dans la plupart des processus du même genre localisés à d'autres organes » (?), ou bien, sous l'influence de plusieurs accès rapprochés, il y eut dilatation mécanique ou physiologique ; l'effet produit serait analogue à celui des sondes ou bougies employées pour les rétrécissements canaliculaires.

D'après Degive, la myosite chronique fut provoquée par l'arrêt prolongé d'un corps étranger.

Comme traitement, on aurait pu employer des sondes dilatatrices temporaires ou à demeure, l'alimentation avec des liquides ou des aliments mous et le sondage, lors des accès.

OBSERVATION de GSELL VÉTÉRINAIRE A MONDOUBLEAU (Loiret-Cher). *Progrès vétérinaire*, 1888, p. 260. — *Uncas d'œsophagisme chez un veau*. — Le 1^{er} septembre, dans la soirée Gsell est appelé chez M. N..., cultivateur à Beaufeu, pour un veau qui, depuis vingt-quatre heures déjà ne rumine plus, avale difficilement, bien que l'appétit soit conservé. On croit le veau « empommé. »

L'animal est trouvé triste, inattentif, le poil hérissé, l'encolure

tendue, les yeux saillants, légèrement ballonné. On essaie de lui faire avaler du lait, mais la déglutition est à peu près impossible, elle provoque de vives souffrances, de l'inquiétude, de l'agitation ; la salive coule par la bouche, puis le dos se vousse, la tête s'allonge sur l'encolure, de violents efforts accompagnent les vomiturations, avec rejet par la bouche de lait, de mucosités et de quelques débris alimentaires. Quelques instants après, ces symptômes alarmants ont disparu. Au bout d'un quart d'heure, un nouvel accès se produit. L'exploration de la région œsophagienne détermine, vers la base du cou, une douleur manifeste. Il n'y a pas de corps étranger dans la partie cervicale de l'œsophage. Quand l'animal vomit, il lance de véritables fusées liquides. Gsell n'a jamais rencontré de cas semblable.

Pour assurer le diagnostic, Gsell fait le cathétérisme du conduit qui est trouvé parfaitement libre. Le fermier affirme catégoriquement que le malade n'a pris aucune boisson trop chaude ou irritante, donc il n'y a pas œsophagite, il ne reste plus, comme affection possible, que le spasme de l'œsophage.

Le pronostic porté est très grave, en raison des vomissements.

Comme traitement, Gsell essaie le cathétérisme fait avec une petite tige d'osier garnie d'étoupe à son extrémité. Après l'opération, une petite quantité de lait administrée paraît déglutie, mais au bout d'un quart d'heure, les symptômes se reproduisent et on considère l'animal comme perdu.

Gsell prescrit 6 granules d'arséniate de strychnine dosés à 5 milligrammes, 6 granules d'hyociamine à 1 milligramme, administrés d'heure en heure dans un mélange de miel et de farine.

La guérison du malade fut radicale « au grand ébahissement de tous ceux qui l'avaient condamné », elle se produisit en huit heures, par disparition graduelle des symptômes, sans effet toxique des « nouveaux granules. »

« Ces alcaloïdes ne doivent pas être administrés à doses massives ou « toxiques, mais à doses réduites ou successives, toutes les demi-heures « par exemple, jusqu'à ce que le spasme soit vaincu. On doit doser le « médicament suivant la résistance plus ou moins grande de l'afec-

« tion et aussi suivant « l'impression individuelle » (?) du vétérinaire. »

N.-B. — D'après une communication inédite et verbale de Troussier, Cadéac dit que l'œsophagisme est assez fréquent chez le veau.

OBSERVATIONS PERSONNELLES. OBSERVATION I. — Le 14 décembre 1924, vers 8 h. 30, on nous présente une jument du 54^e Régiment d'Artillerie : « Pêche », 13 ans, 1 m. 60, noire, de provenance américaine.

Brusquement, elle a été prise, pendant qu'elle mangeait, d'efforts de régurgitation, il y a de cela un quart d'heure. La salive s'écoule par les naseaux et par la bouche, claire, ne renfermant que de rares parcelles alimentaires ; au début, celles-ci ont dû être plus nombreuses, car sur le sol, inondé de salive, on remarque des pelotes verdâtres d'aliments plus ou moins bien mâstiquées. Au repos, en dehors de l'anxiété, on note une légère sudation sur toute la surface du corps, une très légère accélération respiratoire. Ne connaissant pas, à cette date, la valeur sémiologique du rythme cardiaque, le pouls n'a pas été pris.

Au début, la malade s'est couchée, mais maintenant elle ne manifeste pas de signes de coliques.

Au bout d'une certaine période calme, brusquement, après un effort de déglutition, les signes caractéristiques de la crise se manifestent. La tête se rapproche du poitrail par contraction des muscles de l'encolure qui s'incurve à son bord supérieur et semble vouloir s'enfoncer dans la poitrine. La lèvre supérieure, retroussée en permanence, est agitée de mouvements vermiculaires ; les oreilles sont couchées en arrière.

La salive est rejetée en assez grande quantité par la bouche ou les naseaux, au début, mélangée à des matières alimentaires, plus tard, presque pure. A la fin de la contraction des muscles trachéliens, l'animal pousse un cri plaintif, accusant le degré d'angoisse éprouvé, puis le calme revient.

Au bout de quelques secondes, parfois une minute, l'accès se

répète, encore à l'occasion d'un mouvement de déglutition. Entre les accès, la lèvre supérieure est relevée presque en permanence et agitée de mouvements vermiculaires. A chaque effort de déglutition l'accès se reproduit. On voit le bol descendre jusqu'à la partie inférieure de l'encolure, puis remonter. Quelquefois un ou deux efforts de déglutition semblent couronnés de succès, puis, immédiatement, le spasme reparait.

La palpation de l'encolure est assez difficile, pendant l'accès, les muscles contractés la rendent rigide de telle sorte que l'œsophage n'est que difficilement perçu sous la forme d'un cordon dur. Entre les accès, la palpation de l'œsophage provoque le spasme, surtout si elle porte sur le tiers inférieur du trajet cervical de l'organe.

A l'auscultation, on perçoit le bruit de déglutition, immédiatement suivi de la régurgitation. Rarement deux ou trois bols passent dans le conduit.

L'animal ne veut prendre aucun aliment, de l'eau administrée comme gargarisme, à titre expérimental, au moyen d'une seringue, provoque un mouvement de déglutition et, par conséquent, un accès généralement accompagné de quintes de toux dues à la pénétration du liquide dans la trachée.

Le diagnostic porté est : spasme de l'œsophage. Pour être assuré d'une façon parfaite de son existence, il faudrait pratiquer le cathétérisme. Le manque d'instrument approprié nous en empêche. Malgré cela, les symptômes décrits apparaissent bien comme ceux du spasme de l'œsophage, surtout en ce qui concerne le rejet de salive presque pure.

Il est pratiqué une injection sous-cutanée de 25 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Les symptômes persistent encore une dizaine de minutes avec la même intensité.

Le massage énergique de l'œsophage, de haut en bas, provoque des crises violentes puis, au moment même d'une régurgitation, nous comprimons la partie supérieure du conduit, pour essayer d'empêcher le bol de remonter et nous présentons de l'avoine au sujet. A notre grand étonnement, celle-ci est prise, puis déglutie sans difficulté et sans que les symptômes alarmants reparassent.

Nous ne savons exactement à quelle cause attribuer cette brusque cessation des symptômes, qui ne semble pas être due à la morphine ; peut-être les massages énergiques, en provoquant quelques spasmes plus violents, et, de cette façon, faisant disparaître, une cause d'irritation, doivent-ils être rendus responsables de la guérison ?

La durée du spasme fut environ d'une demi-heure. Tous les efforts faits par la suite en vue de reproduire une crise, chez le même sujet (pressions violentes sur l'œsophage, administration de son frisé épais, puis de son sec, d'eau froide) furent vains.

Nous ne savons également à quelle cause attribuer le spasme de l'œsophage. Dans le cas présent, le nervosisme ne saurait être invoqué. La jument était de race commune, lymphatique, assez âgée, et rien dans ses antécédents ne pouvait indiquer l'origine de l'affection. Nous pensons qu'il y eut d'abord obstruction, totale ou partielle, par des aliments : obstruction déterminant l'œsophagisme, même après sa disparition. Le spasme aurait persisté encore quelques instants, puis disparu subitement comme il est de règle dans cette affection. La muqueuse œsophagienne n'avait certainement pas été lésée, car immédiatement après la cessation du spasme, l'animal se mit à manger son avoine sans difficulté et avec appétit.

OBSERVATION II. — Le 27 avril 1925, nous fûmes appelé d'urgence chez M. B..., à Saint-Symphorien (Indre-et-Loire) pour un cheval hongre, bai, de race commune, âgé d'une vingtaine d'années, qui, depuis quelques instants, vomissait la salive par les naseaux.

Depuis plus de vingt ans que le cheval, de caractère calme et plutôt lymphatique, était en la possession de M. B..., aucun symptôme semblable n'avait été remarqué.

Ce jour-là, quelques minutes après avoir terminé sa ration d'avoine il manifesta de l'anxiété, des signes de coliques légères, de la sudation généralisée. Il ne pouvait déglutir sa salive et la rejetait par les naseaux en présentant les symptômes classiques du spasme de l'œsophage : efforts de vomissements caractérisés par la contraction de tous les muscles de l'encolure, avec dépression de son bord supérieur

immédiatement suivie du rejet de salive *claire* et d'un cri, accusant la douleur.

Le vomissement ne se produisait pas à chaque mouvement de déglutition, quelques bols de salive passaient dans l'estomac, mais, généralement au troisième, le spasme se reproduisait.

A la palpation, l'œsophage était très nettement perçu sous la forme d'un cylindre dur, rigide, dont la pression un peu forte suffisait à faire apparaître l'effort de vomissement.

L'auscultation permettait de reconnaître le passage normal de quelques bols salivaires, donc, l'absence d'obstruction.

La fréquence du pouls était absolument normale : 39 pulsations à la minute.

Entre deux efforts de vomissement, le sujet semblait en parfaite santé. On lui présentait un peu d'herbe verte qu'il prenait volontiers, mais ne pouvait déglutir. Elle provoquait des crises répétées aboutissant au rejet de salive colorée en vert par la chlorophylle.

L'animal nous fut présenté environ vingt minutes après l'apparition des premiers symptômes. Ceux-ci disparurent d'ailleurs subitement quelques instants plus tard pendant que par des pressions plus ou moins énergiques sur l'œsophage, nous essayions, avec succès jusqu'à ce moment, de provoquer automatiquement les efforts de vomissement.

La durée totale de la crise fut environ de trente minutes.

Ce cas est exactement superposable à celui de l'observation précédente. Par des pressions répétées sur l'œsophage avons-nous fait disparaître une cause d'irritation ou d'obstruction? Nous ne pouvons que faire, au sujet de cette observation, les mêmes réflexions que nous avons faites à la précédente.

OBSERVATIONS de RIES. *Recueil de médecine vétérinaire*, 1913, p. 629 et 1914, p. 362. — *Spasmes laryngo-pharyngo-œsophagiens chez le cheval*. — Sous ce titre, Ries publie à deux reprises une série de 6 observations assez bizarres et fort intéressantes, dans lesquelles l'œsophagisme n'est qu'un symptôme accessoire, mais qu'il nous a

paru intéressant de rapporter, pour montrer que l'œsophagisme est, en médecine vétérinaire, moins rare qu'on le croit généralement, et que l'œsophage entretient, au point de vue de son innervation, des rapports étroits avec le pharynx et le larynx. Les quelques lignes d'introduction à ce travail méritent d'être rapportées. Les voici dans leur intégralité :

« Avez-vous remarqué qu'en coupant à la hâte le journal vétérinaire qui vient de paraître, très généralement le regard est attiré par la relation de quelque observation clinique qu'un confrère, un peu étonné de sa découverte, publié dans la louable intention de rendre service à tous ?

« Presque invariablement, vous avez vu la même chose, vous avez également été un peu surpris, mais vous avez à moitié oublié le fait en vous disant que, d'une manière comme de l'autre, il ne vous sera guère de peu ou d'aucune utilité.

« Cependant, plus je vais, plus je vois que le domaine de la pathologie vétérinaire est loin d'être définitivement exploré, qu'il existe un certain nombre d'entités morbides, pour me servir d'une expression un peu désuète, qui, pour être rarement observées, n'en constituent pas moins le fond de notre médecine et à l'endroit desquelles nous ignorons à peu près tout. »

OBSERVATION I. — Cheval belge, hongre, 3 ans, ayant peu travaillé, traité, durant l'hiver, pour de la gourme. A cette époque, pendant les repas, il avait été pris d'accès de toux, avec rejet des aliments par les naseaux et par la bouche, toux occasionnée par la difficulté de la déglutition. « Ces signes avaient été attribués à un engorgement inflammatoire, mais les ganglions s'étaient obstinément refusés à participer à cette inflammation. » Cet état va en s'aggravant depuis huit ou dix semaines, malgré un traitement approprié.

L'animal est maigre, mais assez vif, et donne l'impression d'être en état d'inanition. Autour de lui, des pelotes de fourrages mâchonnés souillent le sol. De temps en temps, il cherche à manger, mais, au moment de la déglutition, il recule, tousse, et rejette les aliments par

la bouche et par le nez. Quelquefois, à une nouvelle tentative, un bol réduit passe dans l'estomac. La déglutition des liquides ne se fait pas mieux, bien que la soif paraisse assez vive. L'eau ressort par les naseaux, mélangée à des parcelles alimentaires. Pendant ces essais de déglutition, à la palpation, on perçoit nettement l'œsophage qui se contracte spasmodiquement, « en faisant entendre comme de très maigres déglutitions filiformes à vide. »

La température moyenne est de 39°3. L'examen de tous les appareils les trouve intacts. « Evidemment il s'agit là d'une inanition par suite de « dysphagie ». Les commémoratifs ne permettent de soupçonner ni infection ni intoxication. Ries pratique l'œsophagotomie et introduit, avec peine, dans l'œsophage contracturé, un cathéter pour l'urètre du cheval dont il se sert comme guide pour introduire un tube en caoutchouc de 15 millimètres de diamètre au moyen duquel on peut alimenter le malade, par un entonnoir. Il renouvelle, en somme, l'intervention de Mossé. « Trois semaines plus tard, l'eau prise par la bouche revient moitié par la brèche opératoire, alors que le reste passe dans l'estomac, le long du tube. » Quelques jours après, le cheval arrache son tube, la cicatrisation s'opère normalement. L'animal déglutit facilement, il reprend des forces et semble guéri ; mais, un mois plus tard, lors du premier essai de travail, attelé à un tombereau vide, après 300 mètres au pas, le sujet est pris d'une attaque de suffocation telle qu'il menace de tomber. La chute est cependant évitée en soutenant l'animal dans les brancards. Rentré à l'écurie, il redevient normal.

Huit jours après, promené en mains, la même attaque se reproduit.

Quinze jours plus tard, Ries provoque de nouveau l'apparition de ces phénomènes rien qu'en sortant l'animal de l'écurie « un peu obscure ». Le spasme du larynx apparaît « avec une soudaineté et une violence effrayantes. » Le malade s'emporte dans la cour, tombe à plusieurs reprises, en faisant entendre un sifflement de plus en plus aigu qui se termine par un arrêt de tout bruit respiratoire. La trachéotomie est pratiquée, mais, même avant l'ouverture de la trachée, ces symp-

tômes s'amendent et tout rentre dans l'ordre. L'animal, sauf ses écorchures, a toute l'apparence de la parfaite santé.

Le tube est laissé en place un mois. Le propriétaire tente une nouvelle sortie, après cicatrisation incomplète de la plaie trachéale : le spasme se reproduit.

Le cheval est alors abattu et Ries pratique une autopsie soignée de la tête et de l'encolure : « Aucune lésion n'est relevée pouvant donner quelque explication. Il faut cependant ajouter que l'examen de l'encéphale a été incomplet, en ce sens que simplement macroscopique. »

Dans cette observation, il est à remarquer que les premiers symptômes semblent se rapporter à l'œsophagisme. Le cas est à peu près superposable à celui relaté pour la première fois par Mossé ; le spasme du larynx n'a pour nous en ce moment qu'un simple intérêt de curiosité. Il est seulement permis de supposer que le larynx et l'œsophage ont des relations fonctionnelles encore fort peu connues.

OBSERVATION II. — Jument belge, 3 ans et demi, présentée en juin. En mai, « elle avait fait des restes de pelotes, on avait donné la râpe, la déglutition avait été de plus en plus difficile et depuis quelques jours la malade n'ingurgitait plus que quelques rares aliments alors que les liquides étaient invariablement refusés. »

Actuellement, elle ne peut déglutir. Parfois, elle essaie de prendre de l'eau, une petite quantité de liquide pénètre dans l'œsophage, en faisant entendre un gargouillement. La main perçoit alors l'œsophage animé de mouvements vermiculaires, qui se dilate. Le bol liquide et gazeux semble aller et venir dans l'œsophage, puis, l'animal recule, la tête basse, affamé et souffrant de la soif. Un jetage alimentaire souille les naseaux. La température est de 39°7 et les grandes fonctions sont normales.

L'œsophagotomie est pratiquée de la même façon que pour le sujet précédent. Le tube en caoutchouc est laissé en place trois semaines. Les forces reviennent. « Un mois plus tard, tout est rentré dans l'ordre, sans traitement médical aucun. » Jamais il n'est plus rien revenu,

OBSERVATION III. — Jument, 10 ans, de tempérament chatouilleux, atteinte de gourme. Elle peut déglutir avec difficulté des aliments solides mais ne peut ingurgiter les liquides. L'œsophagotomie, avec tube à demeure, amène la guérison en moins d'un mois.

Nous ne pensons pas qu'il s'agisse là de spasme de l'œsophage.

OBSERVATION IV. — Pendant que la jument de l'observation III portait son tube, la voisine, sa fille, âgée de 3 ans, présenta les mêmes symptômes qui, par un traitement approprié, sans œsophagotomie, s'amendèrent en quatre ou cinq jours.

« Il est à remarquer que ces quatre observations ont été recueillies, à quatre et sept ans d'intervalle, dans trois villages distants de quelques kilomètres seulement. »

OBSERVATION V. — Un poulain présente des spasmes du larynx analogues à ceux de l'observation I. Il n'est pas question chez lui de spasme de l'œsophage.

En somme, sur ces cinq malades, seul le premier présente de l'œsophagisme net. Ceux des observations II, III et IV montrent de la dysphagie liée à une affection aiguë, où l'existence du spasme œsophagien n'est pas évidente.

OBSERVATION VI. *Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1914, p. 362. — Depuis le commencement de l'hiver, un cheval hongre de 4 ans se nourrit mal. Fin mars, après une course fatigante, par un temps de giboulées, il refuse sa ration. L'appétit semble conservé et seules les premières fonctions digestives paraissent troublées.

Au début de mars, l'animal avait présenté des symptômes de gourme : toux, jetage. A plusieurs reprises, le propriétaire avait remarqué un gargouillement sonore le long de l'encolure lors de la déglutition, suivi régulièrement d'une quinte de toux. Un gonflement rénitent aurait été observé pendant quelques jours en haut de la gouttière jugulaire gauche.

Au milieu de mars, la déglutition est devenue très pénible, les aliments, parfaitement broyés, sont rejetés abondamment en flaques, que l'animal reprend pendant la nuit et qu'il finit par avaler.

Le malade est amaigri, avec les naseaux souillés par les matières alimentaires, la respiration ronflante, sans lésions pulmonaires. L'œsophage, dans la région cervicale gauche, est distendu par des gaz et par des liquides. Lors de la déglutition de ces derniers, dont l'animal prend avidement trois à quatre gorgées, on voit l'œsophage se distendre et devenir gros comme le bras, puis une boule se détache, remonte vers le pharynx et provoque une quinte de toux suivie du rejet, par la bouche et les naseaux, des liquides et des matières alimentaires.

« Le calme revenu, je répète l'épreuve, au moment où l'eau remonte je saisis fortement dans les deux mains la partie supérieure de la portion cervicale de l'œsophage ; j'arrête ainsi le mouvement péristaltique ascensionnel et j'empêche la quinte de toux : par l'effet d'un massage ménagé, l'œsophage se vide peu à peu vers l'estomac, se contracte, et reprend ses dimensions normales. Le diagnostic d'une sténose de la portion thoracique de l'œsophage s'impose. Mais quelle est la nature de cette sténose? »

L'animal avait pris l'habitude de manger dans la crèche de son voisin en passant la tête sur un bat-flanc assez élevé, l'encolure appuyant fortement sur ce dernier. Ries ajoute que rien ne permet d'attribuer l'anomalie œsophagienne à un traumatisme.

Par ailleurs, un signe insolite attire l'attention : une crispation prononcée des paupières de l'œil droit, alors que les globes oculaires sont exactement semblables.

D'après le propriétaire, l'œil gauche, à un certain moment, aurait présenté la même anomalie.

L'animal est mis au régime liquide, les symptômes alarmants disparaissent, mais bientôt les aliments sont totalement refusés.

Les bromures, les injections sous-cutanées de petites doses d'ésérine le long de l'œsophage ne produisent aucun effet.

L'œsophagotomie est alors pratiquée en son point d'élection et per-

met de constater la dilatation de l'œsophage sans déchirures. Une sonde urétrale introduite s'arrête au niveau du cœur. Le lait versé par la sonde sort par la plaie. En poussant sur la sonde, on provoque un accès de toux mais une douce pression, maintenue, sans s'inquiéter des quintes, permet de faire pénétrer la sonde plus avant. Le lait versé ne revient plus par la plaie et coule dans l'estomac. Un tube en caoutchouc est substitué au cathéter et des bruits de gaz, analogues aux borborygmes se font entendre lorsque ce dernier est complètement retiré. Le malade est alors facilement alimenté et les forces reviennent. Au bout de quatre semaines, le tube est retiré et la déglutition redevient normale. La plaie opératoire se cicatrise rapidement.

Au mois de mai, après 500 mètres au pas, le cheval est pris d'une violente quinte de toux suivie d'une dyspnée intense avec perte de l'équilibre. Au bout de dix minutes, les symptômes ont complètement disparu et l'animal est rentré à l'écurie parfaitement calme. Les jours suivants, on remarque seulement un léger cornage à l'écurie lorsque le malade est dérangé.

Après dix jours de repos, sorti en mains, l'accès se reproduit, mais plus intense. Une troisième attaque survient deux jours après, dès la sortie de l'animal, qui tombe sur le sol.

Au repos, la déglutition se fait facilement, l'œsophage se gonfle en core dans la moitié inférieure de son trajet cervical, mais l'ectasie a diminué.

Lorsqu'on déplace le malade, ou lorsqu'il fléchit la tête sur l'encolure, il fait entendre un léger bruit de cornage.

Sorti dès la porte, la dyspnée se manifeste, comme dans l'observation I, puis le calme se rétablit. Riès en profite pour pratiquer la trachéotomie. « Le malade ne semble aucunement se ressentir des premiers temps de l'opération, exécutée, du reste, en deux coups de bistouri ; mais au moment d'attaquer la muqueuse trachéale, l'accès revient, foudroyant, après quelques mouvements latéraux, le cheval se cabre et tombe à la renverse ; rapidement, j'achève de placer le tube. »

La résolution survient vite. Le sujet se remet à manger, mais, une

fois arrivés sous les molaires, les fourrages retombent aussitôt. L'oreille droite pend et l'animal ne mange que ce qui se trouve à terre. Au bout de huit jours, cet accident, dû à la chute sur la région auriculo-temporale droite, a disparu.

Pendant huit jours, lorsque la canule s'obstrue, le cheval corne. Ries diagnostique un spasme de la glotte.

À la fin du mois de mai, la canule peut être fermée sans incident. Le 30 mai, à la fin du repas du soir, à l'écurie, l'attaque revient, le sujet tombe à plusieurs reprises ; le propriétaire, croyant la canule obstruée, la retire ; la trachée reste béante, malgré cela, le malade retombe et meurt une minute plus tard.

Voici, encore dans leur intégralité, les très intéressantes réflexions suggérées à Ries par cette dernière observation :

« L'observation ci-dessus semble démontrer l'existence chez le cheval, de névroses encore inconnues.

« Car ce complexe symptomatique à grand spectacle s'éclaire singulièrement à la lumière de l'anatomie. Les racines du trijumeau sont en connexion avec le pneumogastrique ; or, la branche ophtalmique du trijumeau donne le nerf sourcilier, innervant la peau de la paupière supérieure et le palpébro-nasal dont les filets vont à la peau de la paupière inférieure. Le facial détermine les contractions de l'orbiculaire des paupières ; naissant sur le plancher du 4^e ventricule, il contracte des anastomoses avec le pneumogastrique, lequel donne encore des filets récurrents, laryngiens et œsophagiens.

« Évidemment, il reste là un écheveau à dévider. Le malheur est que, dans les conditions de la pratique, on ne fait pas comme on veut. Les centres nerveux de mon malade devraient être étudiés.

« Tout ce qu'il m'a été donné de faire, et combien péniblement ! c'est un coup d'œil jeté sur les organes de la région cervicale. »

La muqueuse œsophagienne présente la cicatrice d'œsophagotomie, linéaire et pédiculisée vers la peau. Tout le réseau capillaire est injecté, en raison de l'asphyxie mais l'hyperémie est surtout accusée autour de la plaie de trachéotomie et dans les lymphatiques périphériques. Le pharynx, le larynx, ne sont pas altérés.

« Cette observation est à rapprocher de celles relatées dans mon premier mémoire sous les numéros I et V. »

« En fin de la présente observation, je ne voudrais retenir que cette succession de manifestations morbides qui me paraissent devoir prétendre à la valeur d'un véritable syndrome : Sténose ou spasme tonique œsophagien thoracique ; ectasie œsophagienne cervicale. Blépharospasme tonique alternatif. Attaques de spasmes glottiques à caractère paroxystique. Syncope respiratoire mortelle. »

* * *

Nous ne pouvons prétendre à dévider l'écheveau dont parle Ries. Pour cela, le temps et... les moyens nous manquent. Nous chercherons seulement à tirer des quelques observations cliniques d'œsophagisme que nous avons pu réunir, quelques conclusions pratiques.

Il reste encore, dans la littérature vétérinaire étrangère, quelques relations que nous n'avons pu consulter : Pour que notre étude soit aussi complète que possible, nous tenons à les signaler ; ce sont les suivantes :

STRAUB. — *Repertorium*, 1858.

GRAF. — *Berliner Thierärztl. Wochenschr.* 1891.

MEIER. — *Ibid.*, 1893.

JOST. — *Ibid.*, 1900.

PAYAN. — *Arch. Soc. vet. ital.*, 1905.

Il est toutefois permis de penser que ces auteurs n'ajoutent que peu de chose à l'étude de l'œsophagisme. Les traités de chirurgie allemands récents (Huytra et Marek), ne donnent de l'affection qu'une courte étude, calquée sur celle des traités français plus anciens.

DEUXIÈME PARTIE

Considérations générales sur l'œsophagisme et son étiologie probable.

De ce bagage d'observations cliniques, il est possible de dégager les caractères généraux du spasme œsophagien.

Les *symptômes*, toujours à peu près semblables, ont été décrits avec précision par Cadéac, Poirson, Berton.

L'*apparition* de l'accès est toujours brusque et ne semble pas être soumise à une loi bien fixe, cependant, il paraît se manifester de préférence, soit au début du repas comme dans les cas observés par Poirson, Winkel, Degive et nous-même, et après un certain nombre de déglutitions liquides ou solides, plus souvent à la fin du repas (Mollereau-Cadéac) ou peu de temps après (Lucet), quelquefois à n'importe quel moment de la journée et sans cause appréciable (Rabieaux) ; une fois, il a été constaté à la suite d'une myosite du mastoïdo-huméral due aux violents efforts de défense lors de la contention décubitale (Berton) ; enfin, Ries l'observa dans des affections encore mal connues dont la manifestation principale était le spasme simultané du larynx, du pharynx et de l'œsophage.

Le signe dominant est l'impossibilité plus ou moins complète de la déglutition (dysphagie spasmodique), toujours accompagnée d'une vive anxiété qui peut aller jusqu'à l'angoisse et qui se révèle par le faciès crispé du malade. La

salive, le plus souvent claire et mousseuse, est rejetée en abondance. Les efforts de vomissements produisent, — en plus de la toux réflexe due à l'introduction de salive dans le larynx, — une contraction des muscles de l'encolure en donnant à celle-ci une physionomie spéciale, très bien observée par Cadéac. Le bord supérieur paraît déprimé, brisé à sa base et, à la fin de l'accès le malade pousse un cri plus ou moins aigu. Entre les accès, la lèvre supérieure, relevée, est animée de mouvements vermiculaires.

L'œsophage se révèle ordinairement à la palpation sous la forme d'un cordon dur et sensible, dont la pression détermine parfois un accès.

La *durée* et la *fréquence* du spasme sont tout à fait variables, il peut durer de quelques minutes à plusieurs heures et ne pas se reproduire ou reparaitre au bout de quelques heures, quelques jours ou quelques mois.

Le muleton observé par Mossé fut, pendant une vingtaine de jours, dans l'impossibilité de déglutir. Dans les deux cas de Guilmot, le spasme dura de cinq à six heures. Chez un des deux malades observés par Mollereau, le premier accès dura deux heures, il se reproduisit huit jours après et dura trois heures ; quatorze jours plus tard, six heures et quinze jours après, une journée. Chez le second malade, le premier accès dura trois quarts d'heure, le second et dernier, qui se produisit trois semaines après, persista pendant plusieurs heures et ne reparut plus. Il semble donc, d'après ces deux dernières observations, que la durée des accès augmente avec leur nombre.

Dans le cas observé par Cadéac, les accès se sont reproduits pendant plus d'un an et demi, toutefois en diminuant d'intensité.

Dans l'observation de Lucet, la crise dura trois heures et se reproduisit, avec la même durée, quelques jours après.

La jument observée par Roy était atteinte d'œsopha-

gisme à intervalles assez éloignés, elle présenta un accès d'une durée de cinq heures ; celle de Lafond et Leblanc fut atteinte d'un spasme qui, persistant encore au bout de dix jours, nécessita l'abatage.

Le cheval observé par Poirson était atteint assez fréquemment de crises qui duraient d'un quart d'heure à un après-midi ; celui de Berton présenta un spasme pendant trois quart d'heure.

La jument traitée par Degive voyait ses accès se reproduire à peu près tous les quinze jours, et quelquefois deux ou trois quotidiennement pendant deux ou trois jours.

Les deux cas que nous avons observés durèrent à peu près une demi-heure et ne reparurent pas.

Dans les observations de Ries, l'œsophagisme était, en partie, fonction du spasme du larynx.

Il semble donc que l'œsophagisme revête plusieurs aspects : une *forme permanente*, assez durable, persistant généralement pendant plusieurs jours avec une intensité uniforme et une *forme intermittente* caractérisée par des paroxysmes et des rémissions espacées par des intervalles tout à fait variables.

Les *caractères du pouls* semblent bien, lorsqu'ils ont été notés, revêtir la même allure discordante que la fréquence et la durée du spasme : Cadéac observa un pouls petit et faible, Poirson, des battements du cœur énergiques et bruyants, Winkel trouva un pouls mou et plein avec 26 à 30 pulsations par minute et en tira des conclusions qui seront rappelées lorsque nous essaierons d'interpréter l'étiologie de l'affection.

Le *Diagnostic* d'œsophagisme n'a pas toujours été porté d'emblée par ceux qui eurent l'occasion de le constater. En effet, ses manifestations se rapprochent beaucoup de celles produites par l'obstruction et quelquefois, ce n'est qu'après avoir constaté la persistance des symptômes mal-

gré un cathétérisme que l'opérateur dut conclure, par élimination, à l'œsophagisme. Malgré cela, le sondage du conduit ne fut pratiqué que rarement, bien que cette opération apporte souvent, chez l'homme, la guérison (Mondière). Il ne semble pas cependant en être de même chez les animaux : Ries, Bournay, Rabieaux, Gsell, la pratiquèrent sans résultat, par contre, Degive dit que le spasme « parut cesser » une fois, après l'introduction du cathéter.

Logiquement, pour conclure à l'œsophagisme, il faudrait d'abord s'assurer qu'aucun obstacle n'existe dans le conduit. Dans nombre de cas, il y a possibilité partielle de déglutition, surtout des liquides (Rabieaux-Winkel) qui, n'étant pas rejetés, indiquent l'absence d'obstruction. D'ailleurs, celle-ci peut provoquer le spasme (Mathis), qui persiste longtemps après que la cause provocatrice a disparu. Les cas observés par Guilmot, Lucet et nous-même pourraient être rapportés à une obstruction passagère. Cependant, quelle que soit l'origine du spasme, et en dehors du sondage, il existe des signes qui permettent d'affirmer son existence : cordon dur formé par l'œsophage contracté, rejet de salive claire, crises coupées de périodes de calme avec possibilité de déglutition.

L'*Étiologie* de l'œsophagisme semble, encore maintenant, assez obscure.

Guilmot, le premier, émit une hypothèse, très vague d'ailleurs, sur l'origine de l'œsophagisme, qu'il rattache à « un trouble momentané de l'innervation de l'estomac ou de l'œsophage. »

Mollereau, Poirson, invoquent, comme cause prédisposante, le nervosisme du sujet. Nous ne pensons pas que l'on puisse attacher une grosse importance à cette prédisposition chez les animaux. Sans nier son existence, elle n'est rien moins que démontrée.

Cadéac, citant Jacoud, invoque, comme causes occasion-

nelles, les émotions vives, particulièrement la colère chez les individus nerveux, les hystériques.

Dans le cas relaté par Lucet, on peut admettre que l'œsophagisme était provoqué par le kyste comprimant l'œsophage, bien que l'ablation de la tumeur ne l'ait pas fait cesser. On peut invoquer ici la persistance du spasme un certain temps après la disparition de l'excitation, de plus, la plaie opératoire n'était pas guérie et pouvait gêner autant que la tumeur.

Le cas de Roy semble relever de la prédisposition individuelle, bien que le nervosisme ne puisse être invoqué et que la cause déterminante reste inconnue.

Lafond, Leblanc et Bournay trouvèrent sur leur sujets des ulcérations de la muqueuse œsophagienne ; Rabieaux, une épingle dans l'estomac du chat qu'il avait guéri par la faradisation.

Poirson invoque le nervosisme de son malade « Fabert », sa voracité, et l'impression du froid de l'eau sur la muqueuse de l'œsophage.

Le cas relaté par Berton relève d'une myosite du mastoïdo-huméral.

Winkel émet une hypothèse ingénieuse : se basant sur la lenteur du pouls de son malade, il suppose que l'œsophagisme est dû à une irritation du nerf vague qui innerve, entre autres organes, l'œsophage et le cœur, en se confondant avec le nerf accessoire de Willis, qui arrête le cœur. Il note, comme fait confirmant cette hypothèse, que le bromure d'ammonium amena la résolution de la crise. Mais nous avons vu que dans l'œsophagisme, le ralentissement du cœur n'était pas une règle générale, quant à l'action du bromure d'ammonium, elle a pu amener la guérison simplement en agissant comme calmant général.

Degive, dans l'observation qu'il a rapportée, rend la

myosite chronique, localisée de l'œsophage responsable de l'affection.

L'œsophagisme que nous avons constaté sur deux sujets ne relevait pas du nervosisme, mais plutôt d'une irritation voire d'une obstruction fugace de l'œsophage.

Les spasmes pharyngo-laryngo-œsophagiens décrits par Ries semblent relever de lésions ou d'irritations d'origine inconnue siégeant sur le pneumogastrique qui innerve le larynx et l'œsophage et qui, par ses racines anastomosées avec celles du trijumeau et du facial, envoie des filets nerveux aux paupières, ce qui explique, d'après Ries, le blépharospasme constaté sur un de ses malades.

De toutes ces causes invoquées, nous pouvons conclure, avec une quasi-certitude que l'œsophagisme essentiel ou idiopathique n'existe pas.

Presque toujours, le spasme est causé par des affections diverses, souvent traumatiques, de l'œsophage : blessures légères par aliments irritants, compression par tumeur, lésions dues à une myosite, soit de l'œsophage, soit des muscles périphériques etc..., et nous croyons pouvoir dire que lorsque cette affection ou irritation initiale n'est pas invoquée, c'est que l'observateur n'a pu la déceler. Il faut cependant admettre une prédisposition de certains malades chez lesquels une excitation minime peut provoquer une crise, bien que les rôles de cette prédisposition et du psychisme ne puissent être comparés à ce qu'ils sont chez l'homme où l'on peut les étudier beaucoup plus facilement.

Certaines affections de l'estomac peuvent également produire l'œsophagisme, comme le démontre l'observation de Rabieaux. Il est même probable que quand les auteurs des observations que nous rapportons n'ont pas trouvé de lésions sur l'œsophage, s'ils avaient examiné minutieusement l'estomac, ils auraient pu trouver des lésions intéressantes.

L'œsophagisme provoqué par le virus rabique rentre naturellement dans la catégorie symptomatique.

Il nous resterait maintenant à examiner comment cette excitation initiale peut provoquer l'œsophagisme. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que le spasme, indépendant de la volonté, peut être considéré comme un mouvement réflexe de défense de l'organisme, qui ne se produit que lorsque l'œsophage est le siège d'une excitation anormale.

On sait que le centre de la déglutition siège dans le bulbe rachidien, à l'origine des nerfs glosso-pharyngien, pneumogastrique et spinal. Après la section du bulbe sur un plan passant immédiatement en arrière de la protubérance, la déglutition peut encore s'effectuer, mais il faut porter un bol artificiel sur l'isthme du gosier pour produire les mouvements réflexes de la déglutition. Le mouvement péristaltique de l'œsophage dépend, dans sa totalité, de cette excitation initiale, car si, sur l'animal vivant, on partage ce conduit en plusieurs fragments, chacun de ceux-ci se contracte à son tour, alors que le bol introduit par une plaie d'œsophagotomie reste à la même place et ne provoque pas de mouvement péristaltique (Laulanié). L'hypothèse suivante vient immédiatement à l'esprit : une excitation violente de l'isthme du gosier devrait produire de violents mouvements péristaltiques de l'œsophage, allant même jusqu'au spasme de l'organe. Il semble bien que l'œsophagisme se produisant après l'ingestion d'aliments trop froids (Poirson) ou trop chauds, puisse se produire de cette façon, mais comment expliquer le spasme produit par une ulcération, une tumeur de l'œsophage en un point quelconque de son trajet, et même par une lésion de l'estomac ? Tout ce que nous pouvons dire, c'est que la douleur produit un mouvement réflexe aboutissant au spasme, comme cela se produit pour l'urètre chez l'homme.

Le *pronostic* de l'œsophagisme varie naturellement avec

la cause provocatrice. En dehors des cas relatés par Ries, dans lesquels l'œsophagisme semble avoir été guéri, sur 20 observations, on trouve 15 guérisons, une mort due certainement à l'œsophagisme (Bournay), une mort par broncho-pneumonie gangreneuse due à la dysphagie (Degive), deux abatages (Ries, Lafond et Leblanc) et une mort accidentelle, sans disparition de l'œsophagisme (Poirson).

Comme on peut le voir par le tableau suivant, la proportion des guérisons est de 75 %. Une seule mort est imputable directement à l'œsophagisme, une autre aux accidents consécutifs (broncho-pneumonie par corps étrangers).

CAS OBSERVÉS		GUÉRISONS	MORTS
Mossé	1	1	
Guilmot.	2	2	
Mollereau	2	2	
Cadéac	1	1	
Lucet.	1	1	
Ries	2	1	1 (abatage)
Bournay	1		1
Roy	1	1	
Lafond et Leblanc	1		1 (abatage)
Rabieaux	1	1	
Poirson	1		1 (mort accidentelle)
Berton	1	1	
Winkel.	1	1	
Degive	1		1 (pneumonie)
Gsell.	1	1	
Observations personnelles . .	2	2	
	20	15	5

Les *traitements* mis en usage contre l'œsophagisme ont été nombreux. Beaucoup paraissent efficaces. Chez l'homme le cathétérisme et la faradisation donnent de bons résultats.

Mossé employa avec succès l'œsophagotomie, Guilmot, une embrocation faite avec de l'huile d'olives et du chloroforme, Mollereau, du bromure de potassium à la dose journalière de 20 grammes. Cadéac, Lucet, sans traitement, virent le spasme cesser. Ries pratiqua le sondage sans succès, de même Rabieaux qui, ensuite, fut plus heureux avec la faradisation. Roy n'obtint aucun résultat en employant les anti-spasmodiques, par contre, Winkel obtint la guérison avec le bromure d'ammonium.

Degive employa en vain l'acide arsénieux (1 gramme) associé à la noix vomique (3 grammes) et une friction vésicante sur la région trachéenne.

Gsell guérit radicalement son malade en huit heures, avec 6 granules d'arséniate de strychnine dosés à 5 milligrammes et 6 granules d'hyociamine à un milligramme, administrés d'heure en heure dans un mélange de miel et de farine. Enfin, nous n'osons prétendre avoir hâté une fois la résolution du spasme avec une injection sous-cutanée de 25 centigrammes de chlorhydrate de morphine !

Les résultats fort variables obtenus avec ces divers médicaments montrent que, pour agir avec certitude sur l'œsophagisme, il faudrait en connaître exactement la cause. Si celle-ci réside le plus souvent, comme nous l'avons supposé, dans une excitation plus ou moins intense de l'œsophage, il faudrait pouvoir agir sur elle, ce qui n'est pas toujours possible.

Si le spasme persiste encore lorsque l'excitation a disparu, la médication anti-spasmodique, bien qu'incertaine, doit donc logiquement être employée.

Le sondage et la faradisation, agissant dans le sens de l'excitation, l'augmentent dans d'énormes proportions et, leur action cessant, l'excitation première, de minime importance, peut n'être plus perçue. Peut-être est-il possible d'expliquer ainsi leurs succès relatifs.

CONCLUSIONS

Comme conclusions, nous croyons devoir attirer l'attention sur les points suivants :

I. — L'œsophagisme, bien que rare en médecine vétérinaire, est plus fréquent qu'on le croit généralement.

II. — Il peut apparaître sous deux aspects-types différents : *une forme permanente*, assez durable (plusieurs jours) et *une forme intermillente* caractérisée par des paroxysmes et des rémissions de durée variable.

III. — Les symptômes, parfois analogues à ceux de l'obstruction de l'œsophage, s'en différencient cependant assez nettement ; on peut constater la liberté du canal par le cathétérisme ou la possibilité de déglutitions restreintes

IV. — L'affection relève le plus souvent d'irritations ou d'excitations diverses ayant leur point de départ sur l'œsophage, le pharynx ou même l'estomac et pouvant disparaître sans entraîner parallèlement la disparition des symptômes.

V. — Il convient, pour instituer un traitement, de rechercher la cause du spasme et, si possible, de la faire disparaître ; si l'on ne peut y parvenir, on aura recours aux anti-spasmodiques, au cathétérisme et à la faradisation.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse
MARCEL LABBÉ

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

- MOSSÉ, *Journal des vét. du Midi*, 1850.
- STRAUB, *Repertorium*, 1858.
- GUILMOT, *Annales de méd. vétérinaire*, 1862.
- MOLLEREAU, *Archives d'Alfort*, 1881 et
— *Bull. de la Soc. Centrale de méd. vét.*, 1882.
- CADÉAC, *Journal de méd. vét.*, 1888.
- DEGIVE, *Annales de Bruxelles*, 1878.
- LUCET, *Recueil de méd. vét.*, 1891.
- GRAF, *Berliner Thierärztl. Wochenschr.*, 1891.
- MEIER, *Ibid.*, 1893.
- RIES, *Recueil de méd. vét.*, 1897.
- GSELL, *Progrès vétérinaire*, 1888.
- BOURNAY, *Revue vétérinaire*, 1898.
- ROY, *Revue vétérinaire*, 1898.
- LAFOND et LEBLANC, *Bull. Soc. Sciences vét. de Lyon*, 1900.
- JOST, *Berliner Thierärztl. Wochenschr.*, 1900.
- RABIEAUX, *Journ. des vét. du Midi*, 1901.
- CADÉAC, *Pathologie interne*, t. I^{er}.
- POIRSON, *Bull. Soc. Sciences vét. de Lyon*, 1901.
- WINKEL, *Tijdschrift voor Veeartsenijkunde*, 1904 et
— *Revue vétérinaire*, 1904.
- PAYAN, *Arch. Soc. vét. ital.*, 1905.
- BERTON, *Recueil vét. milit.*, 1910.
- RIES, *Recueil de méd. vét.*, 1913 et 1914.
- CADIOT et ALMY, *Thérapeutique chirurgicale*, t. II.
- LAULANIÉ, *Eléments de physiologie*.

